

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917

THÈSE

N°

103

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Maurice GOILOT

LE

Drainage de l'utérus puerpéral

PAR LA POSITION INVERSÉE

Président : M. PIERRE DELBET, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VI^e)

1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique.	AUGUSTE BROCA
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
	TEISSIER
Pathologie chirurgicale.	LEJARS
Anatomie pathologique.	PIERRE MARIE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	N.
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale.	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	DEBOVE
	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Clinique médicale.	N.
Maladies des enfants.	GAUCHER
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DEJERINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	DELBET
Clinique des maladies du système nerveux	QUENU
Clinique chirurgicale	N.
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNF
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAJE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

Témoignage de grande affection.

A LA MÉMOIRE
DE M. J. VINCENT GEORGES

Témoignage de profonde reconnaissance.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DELBET

Officier de la Légion d'honneur
Chirurgien des Hôpitaux

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIFOLIAU

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR FLORAND

Officier de la Légion d'honneur

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR REYNIER

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR PICQUÉ

Chirurgien des Hôpitaux

In memoriam

MONSIEUR LE DOCTEUR GRÉGOIRE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMELIN

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Accoucheur des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR LEGENDRE

Officier de la Légion d'honneur

Médecin des Hôpitaux

A MES COUSINS

LES DOCTEURS FERNAND CANTIN ET

DANIEL VINCENT GEORGES

*Qui nous ont sans cesse témoi-
gné une grande affection.*

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

A la veille de terminer nos études, nous nous faisons un devoir d'exprimer ici nos remerciements émus à tous ceux qui ont contribué à notre enseignement et guidé nos pas dans cette voie difficile que constitue la vie de l'étudiant.

Nous adressons tout d'abord l'hommage de notre reconnaissance à notre maître le Dr Chifoliau. C'est lui qui, alors qu'égaré, nous cherchions un service pour nos débuts dans les Hôpitaux, a bien voulu nous agréer dans sa consultation de chirurgie où il nous mit au courant de ces petites interventions si nécessaires dans la pratique journalière. C'est encore notre premier maître, qui plus tard, guida nos pas dans la grande chirurgie ; nous avons tiré de son enseignement et de ses conseils un grand profit. Qu'il soit assuré de notre profonde gratitude.

Le Dr Florand a été pour nous un maître dont la grande bienveillance restera à jamais gravée dans notre mémoire.

Bénévole, puis stagiaire dans son service pendant de longs mois, nous avons eu plus tard, pendant

cette grande guerre, l'honneur de retourner dans son service comme interne suppléant.

Pendant ces quinze derniers mois, nous avons particulièrement bénéficié des conseils et des leçons de cet éminent clinicien. Nous lui devons, en réalité, la totalité de nos connaissances médicales. Qu'il veuille bien trouver dans ces quelques lignes le témoignage de la profonde reconnaissance de son élève dévoué.

Stagiaire chez le Dr Demelin, nous nous sommes familiarisé avec l'obstétrique, grâce aux excellentes leçons qu'il faisait à ses élèves toutes les semaines.

Récemment, notre maître a bien voulu nous confier le poste d'interne suppléant dans son service, la Maternité de Lariboisière. Nous conserverons un souvenir inaltérable de notre séjour chez notre distingué maître où nous avons eu l'occasion de nous servir de son excellent forceps.

En nous inspirant l'idée de notre thèse, en nous guidant dans sa rédaction, notre maître nous donne encore une fois la preuve de sa sollicitude bien connue envers tous ses élèves.

Nous le prions d'agréer, ici, nos vifs remerciements et les sentiments de notre profonde gratitude.

Nous n'oublierons pas non plus notre maître, le Dr Devraigne, qui nous a sans cesse donné des conseils éclairés et qui a beaucoup facilité nos fonctions d'interne à la Maternité de Lariboisière.

LE

DRAINAGE DE L'UTÉRUS PUERPÉRAL

PAR LA POSITION INVERSÉE

HISTORIQUE

La position déclive, position élevée du bassin, ou encore position inversée est cette position dans laquelle la tête ainsi que le thorax se trouvent sur un plan inférieur à celui du bassin.

Couramment usitée de nos jours, son application à la chirurgie remonterait à une époque très ancienne, car au ^{xiii}^e et au ^{xiv}^e siècles, les chirurgiens italiens Roland de Parme, Roger, Brunus l'employaient dans la cure radicale de la hernie.

En France, elle a été recommandée par Guy de Chauliac, Pierre Franco (1556) et Ambroise Paré (1517-1590) qui conseillait pour « réduire l'intestin tombé en la bourse de placer le malade sur un lit ou sur une table, la tête en bas, les fesses en haut » (1).

Plus tard, en Allemagne, Scultet (1595-1645) fit usage de cette position pour la même opération et

1. Ambroise Paré, *les Œuvres*, à Lyon, chez Pierre Valfray, Rue Mercière, livre VIII, chap. X, p. 188, rue Mercière.

c'est lui qui la dote d'une intéressante figure que nous fit connaître P. Desfosses (1).

En 1727, Morand, puis en 1851, Nélaton, dans sa thèse d'agrégation sur *l'Influence de la position déclive dans les maladies chirurgicales*, nous montrèrent les grands avantages qu'on pouvait retirer de cette position.

Nélaton a surtout étudié l'influence de cette position sur les maladies du système veineux, les maladies du système artériel et des maladies dépendantes de l'infiltration des liquides.

La position déclive, écrivait-il, exerce son influence de deux façons :

- 1° En neutralisant l'action de la pesanteur ;
- 2° En neutralisant certaines résistances organiques.

Le premier mode s'applique à tous les liquides et aussi aux solides dans beaucoup de cas ; le second ne s'applique qu'aux solides.

Dans les états inflammatoires, la position déclive agit en diminuant le volume des organes. Cet auteur cite un cas dans lequel un malade ayant une jambe tuméfiée, fut mis en position déclive pendant quinze heures ; cette jambe qui mesurait 39 centimètres de circonférence, diminua de 5 centimètres pendant le séjour du malade dans cette position.

Quel que soit l'organe enflammé, il faut, disait Nélaton, lui donner une position telle que la circulation

1. P. Desfosses, *Un mot d'histoire à propos de la position déclive*, 1899 (*Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale*, n° 4, 10 août, p. 737).

en retour sur laquelle la pesanteur exerce particulièrement son action, trouve dans cette position un auxiliaire et non un obstacle.

Kocks, Héjar et Kaltenback, bien avant Trendelenburg se sont servis de cette position, mais ce fut Trendelenburg qui, en 1885, publia les avantages qu'il obtenait de la position élevée du bassin dans les interventions qu'il pratiquait sur la vessie.

C'est en 1890, au IX^e Congrès international de médecine à Berlin que les chirurgiens français, visitant les cliniques allemandes, purent apprécier les bienfaits de cette méthode qui fut alors importée en France et vulgarisée par Pozzi et Delagénère du Mans.

Depuis cette époque, cette méthode s'est beaucoup répandue dans le domaine chirurgical.

En 1897, O. Beuttner préconise la position déclive dans le massage gynécologique.

Une année après, le même auteur (1) presque en même temps que Jayle (2) appliquait cette méthode à l'examen gynécologique.

La position déclive, comme nous venons de le voir, est donc une méthode déjà ancienne. Bien qu'elle soit employée maintenant sous la dénomination de « position de Trendelenburg », il n'en est pas

1. O. Beuttner, *Du massage et du diagnostic gynécologique dans la position déclive avec recherches critiques* (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1898, 20 avril, n° 4, p. 199).

2. F. Jayle, *Examen gynécologique en position déclive* (*Presse médicale*, 22 juin 1898, p. 336).

moins vrai que le mérite de son application revient aux premiers artisans de la chirurgie.

Il suffit de parcourir l'intéressant article publié dans *la Presse médicale* du 25 juin 1902 par M. le Dr F. Jayle pour connaître en détail les documents ayant trait à cette méthode ; nous y avons d'ailleurs puisé beaucoup de renseignements.

Le principe de la position déclive est beaucoup trop connu pour que nous y insistions ; pour le résumer, il nous suffira de dire qu'il consiste dans l'inclinaison du malade à 45 degrés et au delà sur l'horizontale. Les moyens dont on dispose pour obtenir cette inclinaison sont multiples, nous y reviendrons ultérieurement dans un chapitre spécial.

Les applications de la position déclive sont nombreuses et très connues. Tous les chirurgiens l'emploient chaque fois qu'ils interviennent dans le petit bassin en particulier ; mais elle trouve son application dans la chirurgie abdominale en général, lorsqu'on désire se faire du jour en refoulant les anses intestinales vers le diaphragme.

Elle trouve aussi son indication dans toutes les grandes hémorragies chaque fois que nous voulons provoquer un afflux sanguin vers l'encéphale.

En obstétrique, la position déclive a été préconisée dans les hémorragies de la délivrance, dans les prolapsus utérins, dans les procidences du cordon et des membres. Ces usages sont très connus des accoucheurs, et nous lisons dans *le New-York medi-*

cal Journal du 17 septembre 1904 une observation publiée par le Dr King sur un cas de placenta prævia dont l'hémorragie inquiétante ne cessa que dès qu'il eut placé le malade en position déclive.

La plus récente application obstétricale de cette méthode est celle de notre maître, M. le Dr Demelin, professeur agrégé, accoucheur des Hôpitaux, qui l'utilise avec succès pour le drainage de l'utérus puerpéral depuis le début de l'année 1916 et qui l'a désignée sous le nom de « position inversée ».

C'est la méthode de notre maître que nous avons choisie comme sujet de ce travail. Nous nous proposons donc d'exposer en détail ultérieurement son principe, son efficacité et ses avantages sur les autres méthodes employées jusqu'ici pour drainer l'utérus *post partum*.

CHAPITRE PREMIER

Avant d'exposer la méthode que nous employons pour drainer l'utérus puerpéral, il est indispensable que nous décrivions sommairement l'écoulement des lochies dans les suites de couches normales et pathologiques.

Les lochies sont des liquides sécrétés en majeure partie par la cavité utérine au niveau de l'insertion placentaire ; elles peuvent cependant provenir accessoirement de la cavité cervicale et vaginale.

D'une odeur *sui generis* chez la femme normale, elles peuvent se modifier dans certains états morbides.

L'abondance des lochies est très variable. Dans les quatre premiers jours, elles sont abondantes, et la quantité diminue au fur et à mesure qu'on s'éloigne du jour de l'accouchement. La couleur de ces écoulements dépend surtout de leur teneur en sang.

Généralement, au début elles sont sanguinolentes, puis elles deviennent séro-sanguinolentes et finalement séreuses.

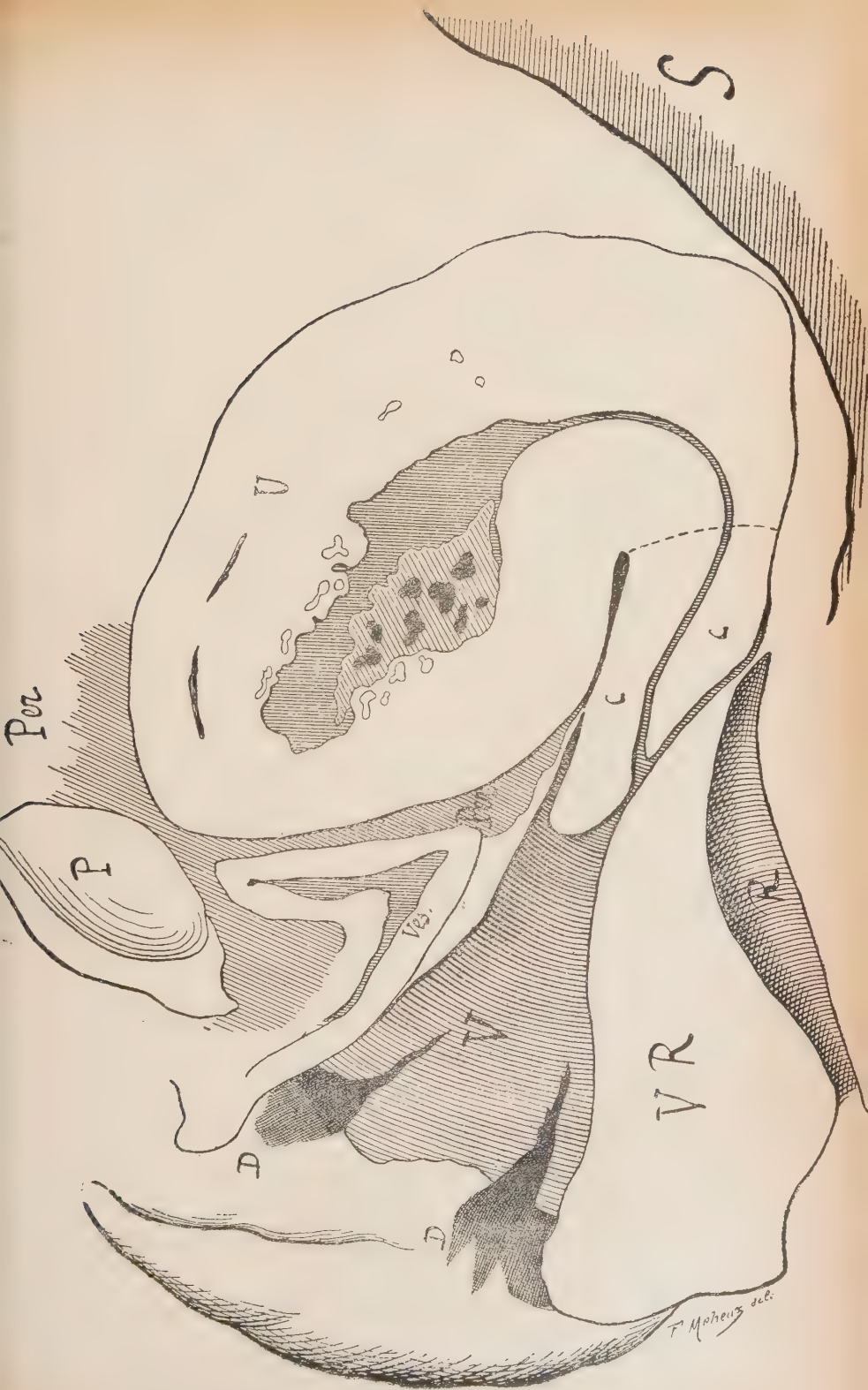
La durée de l'écoulement des lochies est d'environ treize jours dans le post-partum normal, les lochies

cessent vers cette époque ; il arrive parfois qu'au dix-septième jour, il y ait un nouvel écoulement sanguinolent appelé « petit retour de couches », qui est favorisé par le lever précoce. Si le drainage se fait bien, c'est-à-dire si les lochies s'écoulent normalement pendant les suites de couches, nous verrons l'utérus régresser progressivement et nous n'aurons à déplorer aucun accident. Mais les choses ne se passent toujours pas ainsi ; nous voyons assez fréquemment dans le post-partum normal des élévations subites de température avec des phénomènes généraux rappelant la période d'invasion de l'infection puerpérale. C'est la rétention de lochies qui doit être mise en cause ici ; aussi, allons-nous développer son étiologie.

La lochiométrie est dans la grande partie des cas causée par l'antéflexion utérine, fréquente après l'accouchement.

Cette antéflexion utérine est consécutive au ramollissement du segment inférieur de cet organe et nous savons fort bien que c'est justement l'accouchement qui le favorise. Pour certains auteurs, c'est surtout l'infection puerpérale qui ramollit le segment inférieur et qui produit cette coudure.

Nous retrouverons donc fréquemment l'utérus en antéflexion après l'accouchement. L'excellente figure que nous reproduisons ici à ce sujet et que nous avons empruntée à la thèse de notre maître, M. le Dr Demelin, nous montre d'une façon précise l'utérus dans cette attitude vicieuse. Des tumeurs de l'utérus,



principalement les fibromes de la face antérieure; peuvent faciliter cette antéflexion. Nous rencontrons souvent, en effet, l'antéflexion utérine chez les femmes atteintes de ces tumeurs.

Parfois la vessie parésiée après un accouchement laborieux, contenant de ce fait une quantité exagérée d'urines et ne se vidant que progressivement, fait pression sur le segment inférieur de l'utérus et obstacle à l'écoulement lochial. Il suffit, dans ce cas de vider ce réservoir pour voir disparaître la rétention de lochies. Exceptionnellement, nous trouvons le fond de l'utérus derrière la symphyse pubienne, incapable de reprendre sa situation primitive. Il est vrai que dans ce cas, nous serons déjà éloignés du jour de l'accouchement, car l'utérus ne peut prendre cette attitude qu'à la condition d'avoir déjà subi un certain degré de régression.

Les troubles intestinaux, fréquents chez les accouchées, peuvent favoriser la rétention de lochies. L'accumulation des matières fécales dans le rectum soulève l'utérus et fait compression sur le segment inférieur.

Quel que soit le mécanisme de l'antéflexion utérine, les accidents qu'elle provoque sont toujours les mêmes, nous allons essayer d'en faire le tableau clinique.

Mais comment expliquer d'abord ces accidents ? Ils sont imputables à l'antéflexion qui transforme l'utérus en vase clos, permettant ainsi l'accumulation des sécrétions qui, dans ces conditions, favorise

l'exaltation de la virulence des germes pathogènes qui peuvent se trouver dans ce milieu. Ainsi donc, il suffira qu'une rétention s'établisse pour voir éclater des phénomènes d'infection.

Voyons maintenant comment les phénomènes d'infection se manifestent dans le post-partum.

La lochionétrie peut s'établir à tout moment, dans les douze jours qui suivent l'accouchement ; rarement au troisième jour, nous pouvons la rencontrer dès le quatrième jour.

Le début est bruyant, l'accouchée est prise subitement de céphalée, précédée ou suivie d'un frisson. La température qui jusque-là avait été normale, s'élève immédiatement et atteint très souvent 40 degrés. Le pouls est rapide. La femme se plaint de douleurs, de pesanteur au niveau de son utérus, la palpation de cet organe démontre parfois qu'il est encore gros et douloureux. Dans d'autres cas, il semble que l'utérus est revenu sur lui-même, subinvolué ; mais, si nous avons soin de l'examiner attentivement nous remarquerons que c'est sa position antéfléchie qui lui donne ce volume, car il suffit de le redresser pour s'apercevoir qu'il remonte parfois au niveau de l'ombilic.

Le toucher nous donne alors de bons renseignements ; le col est perméable, fréquemment aplati et déjeté vers le cul-de-sac postérieur. Le doigt explorant le cul-de-sac antérieur peut s'insinuer aisément dans une sortie de coudure formée par le corps utérin et le segment inférieur. Il y a toujours de la

rétention de lochies. L'état général de l'accouchée cependant demeure relativement bon.

Quelques heures en général suffisent pour l'établissement de la rétention de lochies, on comprend combien elle peut être fréquente dans le post-partum.

Il suffit d'assurer le drainage de l'utérus de ces accouchées et corriger la mauvaise attitude pour voir disparaître dès le lendemain même tous ces accidents.

Les cliniciens devront donc bien connaître cette forme assez spéciale de lochiométrie chez les accouchées, car ils éviteront alors de recourir à des interventions inutiles et parfois même nuisibles pour les malades.

Maintenant que nous avons exposé l'écoulement lochial et les accidents dus à sa rétention dans les suites de couches, nous allons pouvoir envisager les cas où nous devons nous attendre à avoir des lochies infectées.

Nous attacherons une grande importance au défaut de soins dans les derniers moments de la grossesse. Ce sont les femmes atteintes de vaginite granuleuse, avec ou sans végétations, de blennorrhagie, de métrite, de bartholinite, qui étant encore sous l'influence de ces infections au moment de l'accouchement, possèdent un milieu de culture favorable au développement ultérieur des microbes dès que la cavité utérine leur sera accessible ; ils y sont d'ordinaire portés pendant le toucher vaginal répété.

La rupture prématurée des membranes est une

cause qu'on incrimine souvent avec raison. Ici l'infection peut se produire alors que le fœtus est encore vivant. Si le produit de conception est mort, il subira la putréfaction, cas fréquent, et l'infection se compliquera de physométrie. La lenteur du travail est une des grosses causes de l'infection, les touchers dans ce cas sont fréquents, et comme l'accouchement peut se terminer par des interventions, nous nous trouverons dans des conditions favorables à son évolution.

Les hémorragies en affaiblissant les accouchées et en laissant dans la cavité utérine des débris de caillots qui s'altèrent et se liquéfient sont aussi une cause de prédisposition à l'infection.

La résistance de l'organisme étant amoindrie, c'est d'une observation banale que dans ces cas, l'évolution se fait rapidement avec une malignité bien connue.

Mais le facteur le plus fréquent de l'infection puerpérale est bien la rétention de débris ovulaires arrière-faix ou lambeaux de membranes ou de placenta dans la cavité utérine. Dans ce milieu, les microbes se multiplient avec une rapidité remarquable.

Quelles que soient les causes qui provoquent l'infection puerpérale, le tableau clinique est toujours le même : il y a toujours endométrite à porte d'entrée utérine.

Nous nous dispenserons de décrire la symptomatologie de l'endométrite puerpérale. Elle est bien

connue de tous. Nous nous arrêterons cependant un instant sur la lochiométrie dans les suites de couches pathologiques et nous insisterons sur ses caractères.

Les lochies s'altèrent dès que l'infection s'est installée ; desanguinolentes qu'elles étaient au début, elles deviennent subitement grisâtres et très fétides. Elles sont d'ordinaires abondantes et l'écoulement peut se prolonger pendant très longtemps. À la période d'état, les lochies deviennent purulentes ; nous pouvons donc comparer l'utérus puerpéral à un gros abcès. Ces lochies infectées doivent s'écouler au dehors tout comme le pus d'un abcès doit être drainé.

Donc, si un obstacle quelconque gênait cet écoulement, nous aurons comme conséquence les accidents dont les signes se traduiront par ceux d'une nouvelle infection.

Les mêmes causes énumérées précédemment produisent ici l'antéflexion utérine et consécutivement la rétention de lochies.

Cette coudure se réalise aisément dans le cas présent, car le segment inférieur est très ramolli par l'infection.

Chez l'accouchée infectée, la rétention de lochies se manifeste par les signes suivants :

Frissons répétés, céphalalgie, ascension thermique énorme comparativement à celle obtenue jusque-là. Douleurs violentes au niveau de l'utérus. Un examen attentif permettra toujours de constater que l'utérus est mou et douloureux ; il paraît petit bien qu'en réalité il soit très gros. C'est encore l'anté-

flexion qui lui donne ce semblant de subinvolution. En redressant l'utérus et en appuyant sur son fond, on provoquera l'écoulement des lochies au dehors. Au toucher, on constatera les signes cités plus haut : Col très perméable, l'utérus est coudé sur le segment inférieur.

C'est encore le drainage de cet utérus qui suffira pour enrayer ces phénomènes. Les observations qu'on pourra consulter à la fin de ce travail sont du reste en faveur de ce que nous désirons démontrer.

Nous n'avons pas cependant la prétention de vouloir prouver que le drainage est le seul traitement efficace de l'utérus infecté. Il est évident que lorsqu'il s'agira d'infection causée par de la rétention placentaire ou des lambeaux de membranes, nous devrons tout d'abord vider l'utérus par le curage digital, le curettage et l'écouvillonnage. Mais, même dans ce cas, nous ajouterons que notre méthode trouvera son indication dans les jours qui suivent l'intervention.

Le moment est venu maintenant de décrire le procédé de drainage que notre maître réalise par la *Position inversée* et l'usage de boules ou pelotes sphériques d'ouate tassée.

Avant de le faire cependant, nous croyons qu'il est bon d'exposer brièvement les procédés de drainage utérin employés jusqu'ici, ainsi que les inconvénients que nous pensons devoir leur attribuer.

CHAPITRE II

En 1887 à la Maternité de Lariboisière et à la clinique Baudelocque, sous l'inspiration de M. le professeur Pinard, on fit usage de l'irrigation continue pour nettoyer et drainer la cavité utérine infectée.

Ce procédé qui consistait à faire passer dans l'utérus environ 20 litres d'une solution antiseptique faible, maintenue à une température variant en 35 et 40 degrés, nécessitait un dispositif spécial et une surveillance assidue.

Difficile à réaliser tant en ville que dans les maternités, ce procédé est peu entré dans la pratique.

On lui reprochait d'être douloureux pour la femme qui devait être immobilisée pendant un à plusieurs jours. Son emploi nécessitait la présence d'un aide en permanence pour tenir la sonde. Le seul accident grave signalé au cours de l'usage de ce traitement fut la perforation utérine. On n'en a publié que deux cas.

L'injection intra-utérine qui lave l'utérus, le draine et le redresse quand il est coudé, est un procédé très recommandable ; il faut cependant la répéter plusieurs fois. Cette méthode exige un opérateur expé-

rimenté sous peine de provoquer des accidents parfois graves.

Pour qu'une injection intra-utérine soit faite dans de bonnes conditions, il faut que le vagin soit préalablement nettoyé, car on porterait à coup sûr à l'aide de la canule dans la cavité utérine les germes pathogènes qui sont nombreux dans les plis du vagin.

Les accidents imputables à l'injection intra-utérine sont les suivants :

La perforation utérine, assez fréquente dans les cas où il s'agit d'utérus infectés, mous, friables et coudés.

La pénétration du liquide de l'injection dans le péritoine par les trompes peut se produire, mais c'est un fait rare.

La pénétration du liquide dans les veines de l'utérus s'est observée. C'est pourquoi d'ailleurs on recommande de ne jamais trop élever le bock quand on fait une injection intra-utérine afin de ne pas avoir un courant sous forte pression. L'embolie du sinus veineux est un accident redoutable, mais exceptionnel, heureusement.

Enfin les phénomènes d'inhibition dont plusieurs cas de mort subite ont été cités.

Le curage digital, le curettage et l'écouvillonnage combinés avec l'injection utérine sont les procédés employés généralement pour nettoyer l'utérus qui retient encore des débris de placenta ou des lambeaux de membranes.

Le curettage de l'utérus a donné lieu à de nombreuses discussions. Les avis diffèrent sur le moment propice d'effectuer cette intervention.

Nous connaissons fort bien le danger de cette thérapeutique, car « elle favorise la pénétration bactérienne en trouant la cuirasse protectrice que représente la barrière leucocytaire » (1), et dans des mains inexpérimentées, elle produit des frissons consécutifs et souvent des perforations utérines.

Le tamponnement à la gaze stérilisée a aussi été préconisé pour drainer l'utérus. Mais la mèche s'infecte vite, d'où nécessité de la rechanger fréquemment. Elle est douloureuse pour les malades et mal supportée d'ailleurs par elles. Pour placer la mèche, il faut avoir recours à des manœuvres intra-utérines qui ne nous mettent pas à l'abri d'infections secondaires.

Le drain de Mouchotte, tout comme la méthode précédente, présente quelques petits inconvénients. La présence d'un corps étranger dans l'utérus provoque sa contraction qui est douloureuse, et il est de plus difficile de maintenir ce drain en place.

Nous avons récemment expérimenté à la Maternité de Lariboisière l'irrigation continue pendant deux à trois heures et intermittente au liquide de Dakin pour le nettoyage de l'utérus puerpéral. Voici comment nous nous y prenions :

1. Demelin, *le Curettage de l'utérus dans l'infection puerpérale* (le *Journal des Praticiens*, 29 décembre 1894).

Une compresse de gaze stérilisée était enroulée à l'extrémité d'une sonde de Nélaton n° 16 sur une longueur de 12 centimètres environ. Cette compresse était fixée à la sonde par quelques points au fil ordinaire. Cette extrémité ainsi préparée, prise entre les mors d'une pince à pansement, était portée dans la cavité utérine.

Quelques centimètres de la sonde de Nélaton restaient par conséquent pendantes hors de la vulve.

La femme étant dans son lit, un bassin sous son siège, nous faisions alors passer goutte à goutte un litre de liquide de Dakin le matin et un autre dans l'après-midi. Cette mèche était enlevée le lendemain matin et remplacée par une autre. Malgré la bonne désinfection que nous obtenions par ce procédé, nous avons dû y renoncer car excessivement douloureux par causticité du liquide et mal toléré par les accouchées, nous avons constaté qu'il ne favorisait pas le drainage.

Ces mèches s'imbibaient de sérosité, et au bout de quelques heures, imprégnées de ces lochies épaisses, elles faisaient en effet obstacle à l'évacuation du contenu de l'utérus.

De plus, il était assez fréquent de retrouver les mèches dans le vagin peu de temps après leur introduction dans l'utérus.

Ce procédé, par conséquent, ne réalisait pas le drainage de l'utérus, car la température ne s'abaissait que dès que les mèches étaient enlevées. Enfin, dernier inconvénient, ces mèches devant être rem-

placées toutes les douze heures, on exposerait vraiment trop les malades à des traumatismes génitaux réitérés au cours du post-partum.

Nous citerons, en dernier lieu, l'intéressante communication que Polack de New-York fit à Londres au 17^e Congrès international de Médecine le samedi 9 août 1913.

Il préconisa pour le traitement intra-utérin de l'infection puerpérale à la suite de l'avortement et de l'accouchement, le drainage de l'utérus par la *position de Fowler* et l'emploi de pituitrine, d'ergotine et de vessies de glace sur le ventre pour favoriser la régression utérine. Il s'élevait notamment contre les manœuvres intra-utérines qui détruisent la barrière de protection naturelle.

La position de Fowler consiste à asseoir le malade dans son lit en le maintenant à l'aide d'oreillers. Elle est par conséquent l'inverse de celle de Trendelenburg.

Usitée surtout dans les suites d'interventions sur le petit bassin, elle favorise l'écoulement des humeurs et empêche que le pus n'aille vers le diaphragme pour provoquer des abcès sous-diaphragmatiques.

La position de Fowler peut trouver son indication et ses avantages dans la chirurgie générale, mais dans le cas qui nous occupe, c'est-à-dire le drainage d'un utérus puerpéral, nous pensons qu'elle ne peut qu'apporter des obstacles en exagérant l'antéflexion

utérine ou en provoquant la rétroversion ou la rétroflexion de cet organe.

Nous retiendrons de cette communication le fait capital que l'auteur désire autant que possible drainer l'utérus sans avoir recours à des manœuvres dangereuses.

Pouvons-nous dire que la position inversée nous permet de réaliser ce drainage parfait ? Nous pensons que dans la majorité des cas, elle est très suffisante, et les observations que nous publierons ultérieurement prouveront que nous nous sommes abstenus de l'usage des autres procédés et que les résultats obtenus sont très satisfaisants.

CHAPITRE III

Pour réaliser la déclivité d'un malade, beaucoup de procédés ont été employés jusqu'ici.

En cas d'urgence, lorsqu'il s'agit d'hémorragies graves, on obtient la position déclive en élevant les pieds du lit sous lesquels on place un objet quelconque ayant une certaine hauteur.

Dans la pratique courante, en l'absence de lits mécaniques, on a proposé les procédés suivants :

En 1888, Mendes de Léon conseillait pour obtenir la position déclive « de placer le bassin sur une surface inclinée, par exemple le dos d'une chaise longue, le bassin occupant la place habituelle de la tête et les jambes, pliées aux genoux, étant placées sur le dossier ».

Douze ans plus tard, notre maître M. le Dr Demelin, préconisait pour l'improvisation de la position déclive le dispositif suivant : « Placer sur le lit une chaise ordinaire les pieds en l'air de telle façon que le bord supérieur du dossier et le bord antérieur du siège reposent sur le plan du lit. On la recouvre ainsi posée d'un petit matelas sur lequel on glisse la femme en la soulevant par les membres inférieurs et par le bassin afin que sa tête reste sur le lit tandis que le corps

repose sur le dos de la chaise, les genoux pliés au sommet du plan incliné et les jambes pendantes » (1).

Lorsque Trendelenburg en 1885 appliquait cette position à la chirurgie, dans la taille sus-pubienne, il l'obtenait « en faisant pivoter le malade sur une table d'opération de manière à ce que la tête occupe la place où étaient les pieds. Un aide tournant alors le dos à la table tient sur les épaules les membres inférieurs du malade écartés et fléchis au niveau du genou ».

Plus tard, il fit construire « la table de Trendelenburg ». Cette table, usitée jadis dans le service du professeur Guyon à l'hôpital Necker, est actuellement peu employée étant donné son maniement difficile.

Le dispositif de Kocks est simple, mais on ne peut guère l'employer en chirurgie. Il consiste en une table ordinaire, recouverte d'un matelas. On glisse à l'un des bouts, des oreillers, des coussins et de préférence des objets résistants non dépressibles qui fournissent la position voulue.

Nous donnerons quelques détails sur les tables qui ont été les plus usitées et nous nous bornerons à mentionner pour mémoire celles qui ne sont plus employées en France.

La table de Delagénère du Mans, donne seulement une inclinaison à 45 degrés, elle fait corps avec la

1. Demelin, *Obstétrique d'urgence*, Paris, Doin, 1900, p. 17, fig. 1.

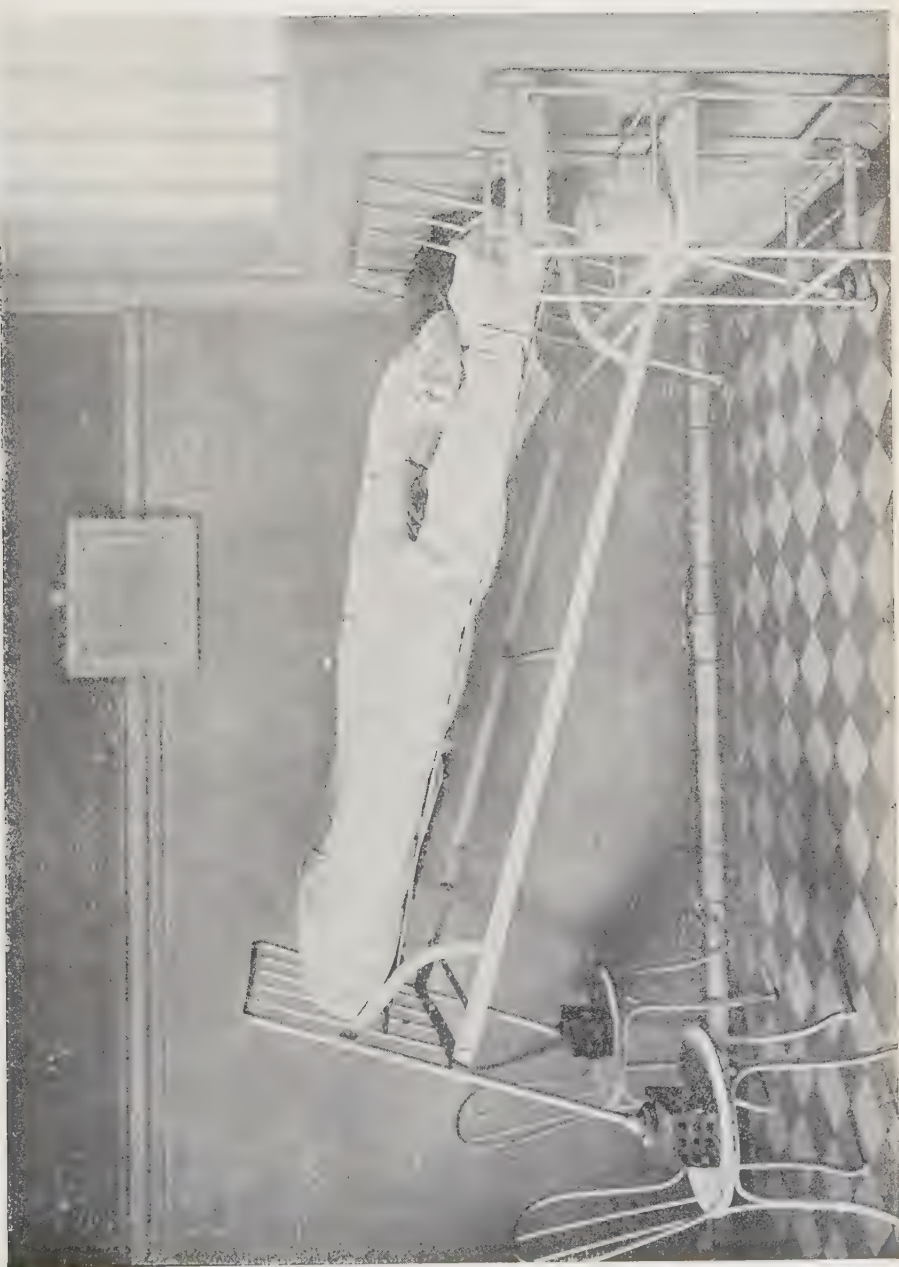


table d'opération. C'est du reste le seul reproche qu'on peut lui faire.

Le lit de Mariaud, utilisé à Bichat par MM. les professeurs Terrier et Hartmann est lourd, compliqué ; son inclinaison est insuffisante.

Le plan incliné portatif du Dr Péraire, présenté par l'inventeur au Congrès français de Chirurgie le 8 avril 1893 est très maniable et réalise toutes les inclinaisons désirables. Cet appareil a rendu de très grands services. Il est décrit en détail dans *la Revue de Chirurgie* de 1893, p. 678.

La table à plan incliné de Quénu est aussi un appareil très commode qui a beaucoup été employé.

La table gynécologique du Dr Jayle, dont la description est donnée dans *la Presse médicale* du 15 février 1899 (p. 79) est surtout usitée pour l'examen gynécologique en position déclive.

Il nous reste maintenant à donner la liste d'appareils qui ne sont pas usités en France :

Pupitre du Dr Kummell.

Table à plan incliné de Léopold.

Table à plan incliné facultatif du Dr Decio.

Table de Jacobs de Bruxelles.

Table de Cleveland.

Table à plan incliné mobile de H. Tillmanns.

Table de Mackenrodt.

Dans les hôpitaux de Paris, nous avons à notre disposition différents modèles de tables perfectionnées permettant de réaliser toutes les inclinaisons

désirables. Ces tables sont trop connues pour que nous en donnions la description.

Pour inverser les malades, notre maître, M. le Dr Demelin, fait usage dans son service des lits ordinaires d'hôpital. Ces lits ont généralement une longueur de 1 m. 85 et 88 centimètres de largeur. La distance qui sépare le sol du sommier est d'environ 60 centimètres.

On soulève les pieds du lit qu'on dépose sur deux chaises métalliques. Ces chaises sont hautes d'environ 42 centimètres.

Si on désire réaliser une inclinaison un peu plus forte il suffit d'interposer des briques entre la chaise et les pieds du lit. La durée de l'inversion est d'environ une heure.

Avant de procéder à l'inversion, nous enlevons oreillers et traversin, afin que l'accouchée soit étendue horizontalement sur son lit.

Nous nous contentons d'une inclinaison de 25° environ, au lieu de 45° généralement employée et nous la réalisons facilement en nous servant de ce dispositif fort simple et peu gênant pour les malades.

La photographie que nous reproduisons ici donne une idée exacte de la position dans laquelle se trouvent les malades que nous soumettons à l'inversion.

Nous ne dépassons pas ce degré d'inversion parce qu'une inclinaison plus forte n'est pas tolérable.

Nous avons essayé d'augmenter l'inclinaison tout en laissant nos malades dans cette position pendant moins de temps. Il nous a été impossible, dans ces

conditions, de réaliser une inversion d'une durée de de plus cinq minutes, insuffisante d'ailleurs pour la réalisation d'un bon drainage.

Nos accouchées se plaignaient à chaque fois de congestion cérébrale et de pesanteur au niveau du creux épigastrique. « C'est comme si, disaient-elles, tout le contenu du ventre allait sortir à travers la poitrine. »

Avec un lit ordinaire, on ne peut guère réaliser une forte inclinaison, il faudrait avoir recours à un dispositif spécial, et l'emploi d'épaulières deviendrait nécessaire sous peine de ne pouvoir maintenir la malade dans cette position.

L'inversion à 25 degrés environ est par contre très bien tolérée et elle suffit amplement pour bien drainer l'utérus.

Rien n'est donc plus facile, quelles que soient les conditions et le milieu dans lequel nous nous trouvons, d'obtenir la déclivité d'une malade, puisque nous pourrions remplacer les chaises par des caisses résistantes ou tout autre support ayant environ 50 centimètres de hauteur.

Maintenant que nous avons exposé les moyens d'obtenir l'inversion des malades, nous pourrions envisager l'influence de la position inversée sur l'utérus puerpéral.

Dans le post-partum, nous serons fréquemment en présence de 2 cas et c'est principalement dans ces 2 cas que nous étudierons l'influence de cette position sur le drainage de l'utérus.

Dans le premier cas, le segment inférieur ramolli favorise la flexion du corps utérin en avant.

L'utérus, une fois dans cette position, se transforme en vase clos, le drainage ne pouvant s'effectuer grâce au coude ainsi formé.

Si nous mettons en position déclive une accouchée dont l'utérus est dans cette attitude vicieuse, voici ce qui se passera. La masse intestinale refoulée vers le diaphragme, fera de la place à l'utérus qui, généralement gros et lourd du fait de l'accumulation de lochies, *s'inclinera en arrière et se mettra* dans le même plan que celui du segment inférieur et celui du col.

Maintenu dans cette position pendant la durée de l'inversion, les lochies s'accumuleront dans le fond de l'utérus et dès que l'accouchée sera remise dans la position horizontale, elles s'écouleront immédiatement et facilement à travers le col dans le vagin.

Second cas : l'utérus, pour des causes mécaniques ou pathologiques auxquelles nous avons fait allusion antérieurement, demeure antéfléchi malgré la déclivité qu'on donne à l'accouchée. Pour expliquer le mécanisme du drainage de l'utérus dans le cas présent, il faut nous reporter à l'excellente figure empruntée à notre maître, M. le Dr Demelin, que nous avons reproduite au chapitre premier.

Si nous inclinons cette planche de façon qu'elle soit à environ 25 degrés sur l'horizon, condition que nous réalisons en inversant nos malades, on comprendra facilement que sous l'action de la

pesanteur et de la déclivité, les lochies, accumulées dans le fond de l'utérus, s'écouleront vers le segment inférieur qui se laissera distendre malgré sa coudure et permettra au drainage de se faire.

Nous constaterons dans le cas présent que le drainage s'effectue surtout pendant la durée de l'inversion.

Nous devons donc avoir recours ici à la position inversée chaque fois que nous nous trouvons en présence de rétention de lochies, puisque l'utérus ne peut être corrigé dans sa mauvaise attitude.

Dans le premier cas, les choses se passent autrement car l'utérus peut facilement être redressé.

M. le Dr Demelin emploie comme adjuvants des boules ou pelotes de dimensions variables, de la grosseur d'un poing à celle d'une mandarine, fabriquées au moyen de bandes de toile enroulées sur elles-mêmes, qui servent à maintenir l'utérus dans la position rectifiée par l'inversion.

Les boules placées sur la paroi abdominale au niveau de la face antérieure du corps de l'utérus sont maintenues par une ceinture abdominale.

Cette méthode est déjà ancienne, car notre maître en 1894 avait préconisé pour corriger l'antéflexion utérine, l'usage d'une boule de coton sphérique, bien dure, grosse comme le poing, fixée par un bandage de corps, juste au-dessus de la symphyse pubienne (1).

1. Le curettage de l'utérus dans l'infection puerpérale (*Journal des Praticiens*, 29 déc. 1894).

Il ne faut pas craindre de trop serrer le bandage de corps, car l'accolement des faces de la cavité utérine ne peut que contribuer au drainage. L'essentiel est de placer correctement la boule, afin de s'assurer que le redressement de l'antéflexion est effectivement réalisé, car la boule mal placée peut exagérer la flexion au lieu de la corriger.

Ces boules au fur et à mesure de la subinvolution utérines sont remplacées par d'autres de grosseur moindre.

On les supprime quand il n'y a plus rétention de lochies et quand on juge l'antéflexion utérine inoffensive.

Malheureusement, ces boules changent de place fréquemment, soit pendant les mouvements de l'accouchée, soit pendant son sommeil. C'est pourquoi elles ne suffisent pas à elles seules à assurer le drainage et qu'il faut recourir avant tout à l'inversion.

Avant de résumer le principe de cette méthode, nous pourrions ajouter que la position déclive a une influence remarquable sur la subinvolution de l'utérus car nous avons à plusieurs reprises constaté la diminution rapide de cet organe chez nos accouchées soumises à ce traitement.

Nélaton, du reste, avait étudié antérieurement son influence sur les états inflammatoires des organes. Nous rappellerons ici, le cas de cette jambe, qui avait diminué de volume après l'inversion du malade et

auquel nous avons déjà fait allusion en faisant l'historique de la position déclive.

Donc à chaque fois que nous aurons posé le diagnostic de lochiométrie, il faudra nous assurer d'abord que :

1° L'utérus est facilement redressable ou

2° Qu'il demeure antéfléchi malgré les manœuvres de redressement.

Le traitement sera alors le suivant :

Inversion de l'accouchée pendant une heure. Si l'utérus se trouve dans de bonnes conditions, c'est-à-dire dans le premier cas, mise d'une boule, dont le volume devra varier suivant celui de l'utérus sur la face antérieure du corps de cet organe pour le maintenir redressé. Diminuer le volume de la boule proportionnellement à la subinvolution utérine. Quand on sera en présence d'un utérus dont on ne peut corriger l'attitude, n'avoir recours qu'à l'inversion chaque fois que le drainage sera insuffisant. Généralement, on peut se contenter de mettre l'accouchée en position inversée une fois toutes les vingt-quatre heures, l'après midi de préférence.

CHAPITRE IV

La position inversée nous permet de réaliser le drainage méthodique de la cavité utérine sans qu'on ait recours aux méthodes plus ou moins compliquées qui ne sont pas toujours sans danger pour l'accouchée.

On tend de plus en plus aujourd'hui à éviter les manœuvres intra-utérines au cours du post-partum. Nous connaissons fort bien les dangers qui suivent la destruction de la barrière de protection en permettant aux streptocoques de pénétrer profondément dans le muscle utérin et dans les lymphatiques.

En faisant usage de l'inversion, nous nous mettons donc à l'abri des infections qui pourraient s'étendre au péritoine et au paramètre.

Polack de New-York, dans sa communication au XVII^e Congrès international de Médecine, le samedi 9 août 1913, sur le traitement intra-utérin de l'infection puerpérale à la suite de l'avortement et de l'accouchement, a beaucoup insisté sur l'abstention de toutes manœuvres intra-utérines, et il se contente d'assurer le drainage de l'utérus par la *position de Fowler* et à favoriser la rétraction de cet organe par l'emploi d'ergotine de pituitrine et par l'application de vessies de glace sur l'abdomen.

Pour lui, le drainage de l'utérus, l'ergot de seigle, la pituitrine et la glace suffisent à arrêter l'infection.

Nous aurions pu publier de nombreuses observations à l'appui de l'efficacité de l'inversion sur le drainage de l'utérus puerpéral, mais nous n'avons choisi ce travail comme sujet de thèse que récemment et il nous est difficile de retrouver actuellement les observations qui datent d'une année environ.

Cette méthode est simple, et un personnel, même inexpérimenté peut l'exécuter, ce qui n'est pas le cas pour les autres procédés employés pour le drainage de l'utérus

La position inversée est bien tolérée par toutes les accouchées. Au cours de notre pratique, nous n'avons pas eu une seule fois à lutter contre le refus de nos malades qui acceptent volontiers des séances répétées plusieurs fois par semaine.

On peut donc se servir avec avantage de cette méthode sans avoir à redouter les accidents imputables à la position déclive en général.

Nélaton mentionnait la congestion céphalique, la congestion pulmonaire, les hémoptysies et les épistaxis comme étant les accidents pouvant se produire chez les malades soumis à la position déclive, mais il s'empressait d'ajouter que ces accidents disparaissent par le retour à la position naturelle.

On a reproché à la position déclive de provoquer les paralysies suivantes : paralysie intéressant les membres inférieurs ; elles sont rares d'ailleurs et ne se rencontrent que chez des malades qu'on a inclinés

sur une table d'opération. Cette paralysie par compression est due à la suspension exclusive des membres au niveau du creux poplité.

Nous n'avons pas à la redouter puisque nos accouchées sont étendues complètement sur le lit.

Les paralysies des membres supérieurs sont plus fréquentes.

Les paralysies tronculaires dont les caractères attribués par M. Vigouroux aux paralysies neuropathiques par compression (*Progrès médical*, 1896) sont dues à la façon défectueuse dont sont attachés les bras, on a une pression sur la table.

Il semble que la position n'ait rien à voir avec ces accidents.

Quant aux paralysies radiculaires, elles sont parfois sous la dépendance de la position déclive. Les bras étant abandonnés malencontreusement, en hyperélévation, il se produit une tension des racines supérieures du plexus brachial et compression au niveau de la réflexion sur les apophyses transverses correspondantes (V. Duval et Guillemain).

A côté des paralysies, on met sur le compte de la position déclive la dilatation forcée du cœur, la pénétration du contenu stomacal dans les voies respiratoires, les hématoméses.

Toutes les observations publiées sur ces accidents n'ont rien de bien concluant, et toutes les recherches faites pour nous éclaircir suffisamment à ce sujet sont loin de nous avoir donné satisfaction.

Qu'il s'agisse de paralysies ou d'accidents de toute

autre nature, nous pouvons déclarer que nous ne les avons jamais observés dans notre pratique, bien que nous ayons mis un nombre assez considérable d'accouchées dans la position inversée.

Il serait cependant prudent de citer comme contre-indication à la position inversée, les accouchées atteintes d'obésité, d'asthénie cardiaque, d'emphysème pulmonaire, d'ascite chez lesquelles des accidents congestifs pourraient être à redouter.

Nous n'avons pas eu l'occasion de nous trouver en présence d'un seul de ces cas.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Service de M. le D^r Demelin.)

La nommée E..., âgée de trente-trois ans, III-pare.

Entrée le 5 février 1917 à la maternité.

Rien à signaler aux accouchements antérieurs : accouche spontanément le 6 février d'un enfant vivant pesant 2.850 grammes.

La délivrance est complète et pèse 450 grammes.

Suites de couches. — Le 10 février au matin, l'accouchée frissonne, elle se plaint de céphalée et de douleurs abdominales. La température s'élève à 39 degrés, le pouls est à 120. L'utérus est encore gros douloureux. On isole la malade, on lui fait une injection intra-utérine iodée.

Le soir, la température atteint 39°5.

11 février. — Le matin, la température s'est abaissée, 36°8.

L'après-midi, légère ascension, 37°2. L'état général est bon.

12 février. — La température est normale le matin ; dans l'après-midi la malade éprouve un frisson avec céphalée intense ; la température atteint 40 degrés, le pouls rapide 130. Au palper abdominal, on sent un gros utérus fortement antéfléchi et douloureux. On fait le diagnostic de rétention

lochiale. On décide d'inverser immédiatement la femme pendant une heure.

Dès que la malade est remise en position horizontale, il y a écoulement abondant de lochies qui ne sont pas fétides. L'utérus est maintenu en bonne attitude à l'aide d'une boule du volume d'un poing.

Pendant toute la nuit le drainage se fait très bien car le lendemain, la garniture de la malade est fortement imprégnée de lochies.

La température est tombée à 37°2.

14 février. — Les lochies s'écoulent normalement, il n'y a pas de fièvre. On diminue le volume de la boule, car l'utérus est devenu plus petit.

Rien de particulier à signaler dans les jours qui suivent.

Elle sort guérie le 19 février.

OBSERVATION II

(Service de M. le Dr Demelin)

La nommée P..., âgée de vingt-sept ans. I-pare.

Entrée à la Maternité de Lariboisière le 10 février 1917.

Accouche spontanément l'après-midi d'un enfant vivant pesant 3.050 grammes. La délivrance est complète et pèse 500 grammes.

Suites de couches. — Le 15 février à 7 heures du matin, l'accouchée se plaint de céphalée et de douleurs abdominales. Elle a de la fièvre, 38°8 et le pouls est rapide, 112. L'utérus douloureux à la pression, est gros et fortement coudé.

On fait une injection intra-utérine au liquide de Dakin,

L'après-midi, la malade frissonne et malgré l'injection intra-utérine faite le matin, la température est montée à 39°2.

L'utérus étant toujours coudé, on fait mettre la femme en position inversée. On obtient un bon résultat, car les lochies s'écoulent en grande quantité. On se sert d'une boule pour corriger l'antéflexion utérine.

Le lendemain matin, la température tombe à 36°6, mais l'après-midi elle remonte à 38°2. Le drainage se faisant bien, on se contente de faire à la malade de fréquentes injections vaginales.

17 février. — Température le matin 37°6 ; 88.

Température le soir 37°5 ; 80.

Injectons vaginales trois fois dans la journée.

18 février. — Température le matin 36°8.

Température le soir 37 degrés.

On supprime la boule.

L'état général est excellent à partir de cette date.

La femme quitte le service le 25 février.

OBSERVATION III

(Service de M. le Dr Demelin)

B..., vingt-quatre ans. I-pare.

Entrée dans le service le 20 février 1917 pour hémorragie rétro-placentaire.

Rupture artificielle des membranes en ville.

Expulsion d'un fœtus macéré pesant 1.200 grammes trois heures après son entrée à l'hôpital.

Délivrance naturelle pesant 350 grammes.

Il y a rétention de caduque.

Ecouvillonnage à la glycérine créosotée.

Injection utérine iodée.

Sérum artificiel. Huile camphrée.

Suites de couches. — La température s'élève le 22 février ; on isole la malade le 23 février, pour lochies fétides. Température 38°2.

On fait une injection intra-utérine au liquide de Dakin. On y ramène des caillots fétides.

Les jours qui suivent, la température oscille en 37 degrés et 38 degrés, les lochies sont toujours fétides. Fréquentes injections vaginales.

28 février. — Elévation brusque de température, 40°8. La femme se plaint de douleurs abdominales et frissonne. Au palper, l'utérus est en antéflexion, dur et douloureux. On inverse la femme pendant une heure. Les lochies s'écoulent en grandes quantités pendant et après l'inversion.

Le lendemain matin, la température est descendue à 37 degrés, on maintient l'utérus en bonne attitude à l'aide d'une boule.

On continue les injections vaginales.

Plus de rétention lochiale depuis, on enlève la boule trois jours après.

La malade quitte le service guérie le 9 mars 1917.

OBSERVATION IV

(Service de M. le Dr Demelin.)

La nommée H..., dix-neuf ans, II-pare.

Entrée à la Maternité le 20 avril 1917.

Accouche spontanément d'un enfant vivant pesant 2.400 grammes.

La délivrance est incomplète, il y a rétention de membranes.

Ecouvillonnage. Injection utérine iodée.

Suites de couches. — On isole la malade le 22 février pour lochies fétides et température 39°4. On fait une injection intra-utérine iodée.

23 février. — Température matin 38°6.

Température soir 38°6.

Injections vaginales.

24 février. — Température matin 38°2.

Le soir, léger frisson suivi de céphalée et de douleurs abdominales. L'utérus est coudé. La femme ne perd pas de lochies depuis le matin. La température atteint 39°6.

On inverse la malade pendant une heure. Aussitôt remise en position horizontale, il s'écoule beaucoup de lochies.

On fait une injection vaginale au permanganate de potasse.

25 février. — La malade souffre toujours du ventre bien que la température soit tombée à 36°8. On met un sac de glace sur l'utérus, on se dispense de la boule.

Les lochies sont toujours fétides, fréquentes injections vaginales.

Rien à signaler dans l'état de la malade jusqu'au 28 février, date à laquelle elle fait un gros œdème de la vulve.

Température 39°2. Les lochies deviennent purulentes.

Injections vaginales et pansements humides sur la vulve.

La malade sort guérie du service le 10 mars 1917.

OBSERVATION V

(Service de M. le Dr Demelin.)

La nommée E..., vingt-sept ans, I-pare.

Entrée dans le service le 27 février 1917.

Accouchement prématuré le même jour. Enfant 2.050 grammes.

La délivrance est complète et pèse 450 grammes.

6 mars. — *Suites de couches.* — On isole la malade pour lochies fétides.

7 mars. — Petit frisson dans l'après-midi, la température atteint 39°2. Les lochies ne s'écoulent qu'en petites quantités. L'utérus est gros, douloureux, coudé. On inverse la malade pendant une heure. Il s'écoule une abondante quantité de lochies. L'utérus est maintenu à l'aide d'une boule de la grosseur du poing.

8 mars. — Température matin 37°8.

Température soir 36 degrés.

Le drainage se fait bien. Injections vaginales.

9 mars. — Les lochies sont purulentes. L'écoulement se fait mal. La température monte à 39°4. Inversion d'une heure, la boule est remise. Abondantes pertes de lochies durant toute la nuit.

10 mars. — Température matin 37°6.

Température soir 38°8.

On diminue la grosseur de la boule ; le drainage est bon.

11 mars. — Température matin 37°2.

Température soir 37°4.

Injectons vaginales fréquentes.

12 mars. — Température matin 36°8.

Température soir 37°4.

On enlève la boule, rien à signaler les jours suivants.

La malade quitte le service guérie le 18 mars 1917.

OBSERVATION VI

(Service de M. le Dr Demelin.)

La nommée F..., dix-neuf ans, I-pare.

Entrée à la Maternité le 3 mars 1917.

Accouchement spontané.

Enfant vivant pesant 3.100 grammes.

La délivrance est complète et pèse 500 grammes.

Suites de couches. — 6 mars. — Frisson et céphalée à huit heures du matin. Les lochies sont fétides. On fait une injection au liquide de Dakin. L'après-midi, la fièvre est tombée, l'état général est bon.

7 mars. — Température matin 37°4.

Température soir 36°6.

Injectons vaginales au permanganate de potasse.

8 mars. — Grand frisson le matin, céphalée et douleurs abdominales. Température 41 degrés. Le poulx bat à 140, l'utérus est gros, coudé, douloureux. La malade n'a pas perdu de lochies depuis douze heures. Il y a toujours de la fétidité. Inversion pendant une heure. Après l'écoulement lochial, on fait une injection intra-utérine au Dakin.

L'après-midi, la température tombe à 39 degrés.

9 mars. — Température matin 39°6, l'utérus est coudé, on le redresse à l'aide d'une boule.

Le soir température 39°6.

10 mars. — Température matin 37 degrés.

Température soir 36°4.

Injectons vaginales.

11 mars. — Température matin 36°4.

Frisson l'après-midi, avec rétention de lochies. Température 39°8.

Inversion pendant une heure. On remet la boule à sa place.

12 mars. — Température 39°2 matin.

Température 36°6 soir.

L'état général reste bon, les jours suivants ; la boule est enlevée le 14 mars.

La malade quitte le service sur sa demande le 15 mars.

OBSERVATION VII

(Service de M. le Dr Demelin.)

La nommée H..., vingt-neuf ans, III-pare.

Entrée à la Maternité le 11 mars 1917.

Accouchement spontané d'un enfant pesant 2.700 grammes.

Le 14 mars. — *Suites de couches.* — Légère élévation de température, les lochies ne s'écoulent pas bien.

15 mars. — Frisson dans la matinée avec température 40°6. Utérus gros, douloureux, antéfléchi. Inversion pendant une heure.

Le soir, température 38 degrés, le drainage se fait bien, on redresse l'utérus à l'aide d'une boule.

16 mars. — Nouvelle rétention lochiale, température 39 degrés. Inversion pendant une heure, puis redressement de l'utérus par la boule.

Le soir, température 36°8, le drainage se fait très bien.

Rien à signaler dans l'état de la malade les jours suivants, elle quitte le service guérie le 21 mars 1917.

OBSERVATION VIII

(Service de M. le Dr Demelin)

La nommée C..., vingt-six ans, 1-pare.

Entrée à la Maternité le 8 mars 1917.

Accouchement à terme le 12 mars.

Enfant vivant pesant 3.200 grammes.

La délivrance est complète et pèse 500 grammes.

Suite de couches. — Passée à l'isolement le 16 mars pour lochies fétides avec 39°4 de temp. On fait une injection iodée qui ramène quelques caillots fétides.

La malade frissonne pendant la journée, elle se plaint de douleurs au niveau de l'utérus qui est gros et coudé. La température est stationnaire. On inverse la malade pendant une heure. Elle perd beaucoup de lochies pendant la nuit.

17 mars. — Température matin 36°6.

Température soir 36°8.

18 mars. — Température matin 36 degrés.

On redresse l'utérus avec une petite boule.

19 mars. — Température matin 38°6. La malade ne perd presque pas de lochies.

Inversion pendant une heure avec bon résultat.

Température soir 37°6. La boule étant mal tolérée, on l'enlève.

20 mars. — Température matin 38°4.

Température soir 38°4.

Inversion pendant une heure avec résultat.

21 mars. — Température matin 36°6.

Température soir 38°4.

23 mars. — Frisson l'après midi, la température est à 40°4.

L'utérus a diminué de volume, mais il est douloureux et coudé.

Inversion pendant une heure, suivie d'une abondante perte de lochies.

24 mars. — Température matin 37°4.

Température soir 37°6.

27 mars. — Rétention nouvelle de lochies.

Frisson, céphalée. Température 40°6.

Inversion pendant une heure. La malade perd abondamment durant toute la nuit.

28 mars. — Température 37°2.

Température soir 36°8.

Rien à signaler les jours suivants dans l'état de la malade. Elle quitte le service en bon état le 1^{er} avril 1917.

OBSERVATION IX

(Service de M. le D^r Demelin)

La nommée D..., trente-neuf ans, 11-pare.

Entrée à la Maternité le 14 mars 1917.

Accouchement spontané chez elle.

Enfant vivant pesant 3.800 grammes.

Délivrance non vue.

Suites de couches. — Isolée le 18 mars pour lochies fétides avec température 39°2. On fait une injection utérine iodée.

19 mars. — La température baisse graduellement.

Rien à signaler dans l'état de la malade jusqu'au 24 mars où elle fait de la rétention lochiale avec température à 39 degrés.

Elle est mise en inversion avec bon résultat et le lendemain elle n'a plus de fièvre.

26 mars Nouvelle ascension de la température due à la rétention lochiale. L'utérus est coudé, gros et douloureux.

Inversion pendant une heure.

27 mars. — Température matin 37 degrés.

Température soir 38°2.

38 mars. — Température matin 36°8.

Température soir 36°8.

29 mars. — Frisson due à une nouvelle rétention lochiale. Température 40 degrés. Inversion pendant une heure. L'accouchée perd abondamment dès qu'elle est remise en position horizontale. Les lochies s'écoulent très bien durant toute la journée.

Le soir, la température est descendue à 36°8. Le drainage se fait très bien les jours suivants. La malade quitte le service guérie le 5 avril 1917.

OBSERVATION X

(Service de M. le D^r Demelin).

La nommée G..., vingt et un ans, 1-pare.

Entrée à la Maternité le 23 mars 1917.

Application de forceps Demelin en O 1 G A pour lenteur d'expulsion et souffrance fœtale.

Enfant vivant pesant 3.550 grammes.

La délivrance pèse 500 grammes, les membranes sont déchirées.

Ecouvillonnage à la glycérine créosotée.

Injection utérine iodée.

Suites de couches. — On isole l'accouchée le 26 mars pour une légère élévation de température et lochies fétides. Injections vaginales fréquentes au liquide de Dakin.

2 avril. — Petit frisson avec céphalée.

L'utérus est encore gros, très antéfléchi et douloureux, pas d'écoulement lochial depuis douze heures environ.

Inversion d'une heure l'après-midi.

Dès que l'accouchée est remise en position horizontale, il s'écoule beaucoup de lochies.

3 avril. — Température matin 36°8.

Température soir 38°2.

Nouvelle inversion; on redresse l'utérus à l'aide d'une petite boule.

4 avril. — Température matin 36°4 ;

Température soir 36°4.

Rien à signaler à partir de cette date.

Le malade quitte le service en bon état le 8 avril.

OBSERVATION XI

(Service de M. le Dr Demelin.)

La nommée B..., vingt ans, I-pare.

Entrée à la Maternité le 28 mars.

Accouchement spontané à terme le 28 mars.

Enfant vivant pesant 4.300 grammes.

La délivrance est complète et pèse 650 grammes.

Suites de couches. — Isolée le 3 avril pour rétention lochiale avec fétidité. L'utérus est fortement antéfléchi, gros et douloureux. On le sent très bien au-dessus de la symphyse pubienne, une légère pression sur son fond fait sourdre par la vulve une grande quantité de lochies. La température est à 39°4.

On met l'accouchée en inversion pendant une heure. Il s'écoule beaucoup de lochies dès que la malade est remise dans la position horizontale. Injections vaginales fréquentes.

4 avril. — La température est descendue à 36°6.

Le malade a beaucoup perdu durant toute la nuit. On fixe l'utérus dans la bonne attitude à l'aide d'une boule. Le soir petite élévation de température.

5 avril. — Le drainage se fait bien, la température oscille entre 37 et 37°5. On enlève la boule le 7 avril.

Le malade quitte le service sur sa demande en très bon état le 8 avril 1917.

OBSERVATION XII

(Service de M. le Dr Demelin.)

La nommée G..., vingt-sept ans, II-pare.

Entrée à la Maternité le 25 mars 1917.

Accouchement gémellaire le 25 mars 1917.

1^o Garçon vivant pesant 2.100 grammes.

2^o Garçon vivant pesant 2.200 grammes.

La délivrance est complète et pèse 700 grammes.

Suites de couches. — Rien à signaler jusqu'au septième jour.

1^{er} avril. — Frisson le matin, céphalée.

Température 39°8.

L'utérus est antéfléchi, gros et douloureux, pas de fécondité.

On inverse l'accouchée pendant une heure. Elle perd abondamment pendant l'inversion et durant toute la journée.

Le soir, la température à 37°4, le drainage se fait bien.

2 avril. — Plus de fièvre, on fait des injections vaginales.

Rien à signaler les jours suivants.

La femme quitte le service guérie le 12 avril 1917.

OBSERVATION XIII

(Service de M. le Dr Demelin.)

La nommée C..., âgée de vingt-neuf ans, III-pare.

Accouchement gémellaire dans une ambulance le 5 avril 1917.

Entrée à la Maternité le 5 avril 1917.

Enfants vivants : 1^o garçon pesant 1.500 grammes :

2^o Fille pesant 1.450 grammes.

La délivrance paraît complète. On fait une injection utérine iodée dès l'arrivée.

Suites de couches. — Isolée le 8 avril pour lochies fétides avec température 39°4.

On fait une injection intra-utérine au Dakin.

9 avril. — La température n'a baissé que de deux dixièmes de degrés. L'accouchée n'a pas perdu pendant la nuit. L'utérus est gros, douloureux, coudé.

Inversion pendant une heure. Ecoulement abondant de lochies. Le soir, chute de température : 37 degrés.

On maintient l'utérus redressé à l'aide d'une boule. Injections vaginales fréquentes.

12 avril. — Rétention de lochies, la température monte à 39°4. Inversion pendant une heure avec bon résultat.

L'après-midi la température est tombée à 36°8 ; on diminue le volume de la boule.

13 avril. — Température matin 36°8.

Température le soir 38°8.

Inversion pendant une heure.

14 avril. — Température matin 36°8.

Température soir 38°2.

Le drainage se faisant bien, on se contente de la boule.

15 avril. — Température matin 36°6.

Température soir 37 degrés.

La boule est enlevée le 15 avril.

Rien à signaler dans l'état de l'accouchée.

Elle quitte le service guérie le 22 avril 1917.

OBSERVATION XIV

(Service de M. le Dr Demelin.)

R..., vingt-sept ans, I-pare.

Entrée à la Maternité le 25 mars 1917.

Accouche spontanément d'un enfant vivant pesant 4.050 gr.
le 29 mars.

Délivrance artificielle pour enchatonnement du placenta dans la corne droite.

Ecouvillonnage. Injection intra-utérine iodée.

Suites de couches. — Isolée le 3 avril pour lochies fétides avec douleurs intenses dans la fosse iliaque droite. La température est à 40 degrés. Injections vaginales et glace sur le ventre.

4 avril. — La température est tombée à 38°2. L'accouchée se plaint de douleurs au niveau de l'utérus qui est encore gros, douloureux et coudé. Le soir, la température monte à 39°2. On met la malade en inversion pendant une heure. Elle perd beaucoup de lochies dès son retour à la position

naturelle. L'utérus étant douloureux, la boule ne peut être tolérée. Le drainage se fait bien durant la nuit.

5 avril. — Température le matin 36°2.

Température le soir 39 degrés.

Inversion pendant une heure.

Les lochies s'écoulent abondamment après l'inversion.

Elles sont purulentes.

6 avril. — Température matin 36°6.

Température soir 37°4.

Injectons vaginales seulement.

7 avril. — Température matin 37°6.

Température soir 39 degrés.

Il y a rétention des lochies. Inversion avec résultat appréciable.

8 avril. — Température matin 37°4.

Température soir 37 degrés.

9 avril. — Température matin 39°2.

Température soir 39°4.

Rétention de lochies. Inversion.

10 avril. — Température matin 36°6.

Température soir 38°4.

11 avril. — Température matin 36°2.

Température soir 36°8.

12 avril. — Température matin 36°6.

Température soir 36°4.

13 avril. — Température matin 36°8.

L'après-midi, la malade frissonne, se plaint de céphalée.

L'utérus est toujours douloureux et antéfléchi. La température, pendant le frisson, monte à 40°4.

Inversion pendant une heure.

14 avril. — Température matin 36°6.

Température soir 36°8.

Rien à signaler depuis ce jour dans l'état de la malade qui quitte le service guérie le 23 avril 1917.

On remarquera que cette accouchée malgré la gravité de son état n'a pas eu une seule injection intra-utérine pendant ses suites de couches. Le drainage seul a contribué à sa guérison.

OBSERVATION XV

(Service de M. le Dr Demelin.)

V..., vingt et un ans, I-pare.

Entrée à la Maternité le 8 avril 1917.

Accouchée et délivrée chez elle par une sage-femme.

Enfant pesant 3.000 grammes.

Placenta pesant 600 grammes.

On fait une injection intra-utérine iodée dès son entrée dans le service.

Suites de couches. — Frisson le 10 mai vers 4 heures de l'après-midi. L'accouchée accuse de fortes douleurs au niveau de son utérus qui est coudé. Les lochies s'écoulent mal. La température est à 40 degrés.

Inversion pendant une heure. Injections vaginales.

11 mai. — Température matin 37°6.

Température soir 37°6.

Les lochies s'écoulent normalement.

12 mai. — Température matin 38 degrés.

Température soir 36°8.

13 mai. — Température matin 37°6.

Le soir, petit frisson, la température monte à 39°6.

Il y a rétention de lochies. Inversion qui donne un bon résultat.

14 mai. — Température matin 37°6.

Température soir 37°8.

Rien à signaler jusqu'au 17 mai.

17 mai. — Nouvelle rétention de lochies.

Température 39°8. Inversion.

18 mai. — Température le matin 37°4.

Température le soir 38°8. Inversion.

Depuis cette date, le drainage se fait bien, la température se maintient à la normale.

Elle quitte le service guérie le 26 avril 1917.

Pas d'injection intra-utérine pendant les suites de couches.

OBSERVATION XVI

(Service de M. le Dr Demelin.)

N..., vingt-six ans, I-pare.

Entrée à la Maternité le 9 avril 1917.

Accouchement non surveillé chez elle.

Enfant vivant pesant 3.200 grammes.

Placenta non vu.

Injection intra-utérine iodée à l'arrivée.

Suites de couches. — On isole l'accouchée le 11 avril pour lochies fétides avec rétention. La température est à 40 degrés.

Inversion et injections vaginales fréquentes.

12 avril. — Température matin 38°2.

Température soir 37°6.

Injectons vaginales.

13 avril. — Température matin 37 degrés.

Température soir 39°6.

Inversion pendant une heure.

14 avril. — Température matin 37°4.

Température soir 38°4.

Il y a écoulement peu abondant de lochies. Inversion qui donne un bon résultat.

15 avril. — Température matin 37°6.

Température soir 37°4.

16 avril. — Température matin 36°6.

L'après-midi, gros frisson avec céphalée. L'utérus est douloureux. L'accouchée n'a pas perdu durant la matinée. La température est montée à 40 degrés.

Inversion. Ecoulement abondant de lochies qui sont encore fétides.

Injectons vaginales.

17 avril. — Température matin 37°2.

Température soir 38°2.

On met une petite boule sur l'utérus pour empêcher qu'il ne se coude.

18 avril. — Température matin 36°6.

Température soir 36°8.

19 avril. — Température matin 36°6.

Température soir 36°8.

La boule est enlevée. Rien à signaler les jours suivants.

La malade quitte le service guérie le 27 avril 1917.

OBSERVATION XVII

(Service de M. le D^r Demelin.)

A..., vingt-deux ans, I-pare.

Entrée dans le service le 7 mai 1917.

Accouche spontanément d'un enfant vivant qui pèse 3.450 grammes le 17 mai.

La délivrance est complète et pèse 700 grammes.

Suites de couches. — L'accouchée est isolée le 24 mai pour lochies fétides, la température est peu élevée 38 degrés. Injections vaginales fréquentes.

27 mai. — Frisson dans la matinée avec céphalée et douleurs au niveau de l'utérus. La température monte à 39°4. A l'examen de la malade, on trouve l'utérus encore antéfléchi. Il n'y a pas eu d'écoulement lochial pendant douze heures. On met la femme en inversion l'après-midi. L'utérus se vide dès que la malade est remise dans la position naturelle.

La température prise après l'inversion est à 38°8.

Le drainage se fait bien pendant la nuit.

28 mai. — Température le matin 37°5.

Température le soir 37°2.

29 mai. — Le drainage se fait toujours bien, on n'a pas recours à la boule.

Rien à signaler les jours suivants.

Elle quitte le service guérie le 5 juin 1917.

CONCLUSIONS

1° La lochiométrie se rencontre très fréquemment dans les suites de couches ;

2° Elle est en général consécutive à l'antéflexion utérine ;

3° La lochiométrie provoque pendant le post-partum des symptômes d'infection ;

4° Son traitement consiste à drainer l'utérus, ce qui est réalisé en mettant l'accouchée dans la position inversée à 25 degrés environ.

5° Recommencer le traitement dès que les lochies s'écoulent mal ;

6° Avoir soin de redresser l'utérus chaque fois que la chose sera possible, par l'emploi de boules ou pelotes en toile, fixées sur la face antérieure de cet organe à l'aide d'un bandage de corps pour favoriser l'écoulement lochial ;

7° La position inversée draine l'utérus en redressant son antéflexion ;

8° C'est une méthode simple ; facilement réalisable dans les services hospitaliers et en ville ;

9° Elle ne comporte aucun danger pour les accouchées ;

10° Elle nous évite souvent d'avoir recours à des manœuvres intra-utérines.

Vu : le Président de la thèse,
P. DELBET

Vu : pour le Doyen
L'Assesseur
POUCHET

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Ambroise Paré.* — « Les Œuvres », 1685. A Lyon chez Pierre Valfray à la couronne d'Or, rue Mercière. Livre VIII, chap. X, p. 188.
- Piorry.* — Influence de la pesanteur sur la circulation, 1835.
- Nélaton.* — De l'influence de la position dans les maladies chirurgicales.
- Hegar et Kaltenback.* — Traité de Gynécologie opératoire, 1885.
- Labusquière.* — De la position élevée du bassin dans la Chirurgie abdomino-pelvienne (Annales de Gynécologie et d'Obst., janvier 1891).
- Trendelenburg.* — Ueber Blasenschenden, fertel ovationner undueber beckenhochlageremy bei operationen un des banchhöhle (Samuel Klin Vort Liepzig, 1889).
- Demonstration eines neder operation kinher Verhanal denttichs gesellsch f chirurg. Berlin, 1890.
- Delagénière.* — Du plan incliné dans certaines laparotomies (Progrès médical, 1891).
- Decio.* — Un letto per operazioni ginecologiche et il plano inclinato nelle laparotomie aun de obst. et géneco. Milano, 1891.
- Cleveland.* — An operating table for general etgynécological surgery adapted to give the Trendelenburg's posture (New-York Gynecol, obst. 1892).
- Pryor (W. R.).* — Drainage after pelvic operations as influenced by preliminary curettage of the uterus and

- Trendelenburg's postures (Trens.-Amer. : Gyneco : Society-Philadelphie, 1892, XV, p. 331-338).
- Chirion.* — De la position élevée du bassin en chirurgie abdominale. Thèse de Paris, 1894.
- Pénaire.* — Plan incliné portatif pour les opérations abdominales (Revue de Chirurgie, Paris, 1893).
- Mally.* — Paralysies post-anesthésiques (Revue de Chirurgie, juillet 1899).
- Desfosses.* — Un mot d'histoire à propos de la position déclive (Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 10 août 1899).
- Jayle.* — L'examen gynécologique en position déclive (Presse médicale, 25 juin 1898).
- Beuttner (O.).* — Du massage et du diagnostic gynécologique dans la position déclive avec recherches critiques (Revue médicale de la Suisse romande, 1898, 20 avril, n° 4, p. 199).
- Jayle.* — Nouvelle table gynécologique (Presse médicale, 1899).
- L'examen gynécologique en position déclive (Presse médicale, 1902, n° 51).
 - Position déclive (Presse médicale, 25 juin 1902).
 - La position déclive (Presse médicale, 1904).
- Morestin.* — De la position du malade dans les opérations sur la tête et le cou (Congrès de Chirurgie, 1902. Gazette des Hôpitaux, 20 février 1905).
- Denis (M.).* — De la position de l'opéré dans les interventions sur la tête et le tronc. Thèse de Paris, 1905).
- Demelin.* — Obstétrique d'urgence. O. Doin, Paris, 1900.
- Polack (M. J. O.).* — Le traitement intra-utérin de l'infection puerpérale à la suite de l'avortement et de l'accouchement. XVII^e Congrès international de Médecine, 9 août 1913. (Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, n° 5, 1^{er} novembre 1913).
- Pinard et Wallich.* — Traitement de l'Infection puerpérale.

